

ЗДОРОВАЯ МАТЬ – ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНОГО ГЕРПЕСА И АССОЦИИРОВАННОГО С НИМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Арестова И.М., Жукова Н.П., Земцова А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что инфекционно-воспалительные процессы, в частности во влагалище, участвуют в развитии акушерско-гинекологической патологии, определяющей не только здоровье матери, но и плода [1]. В клинике заболеваний прослеживаются две тенденции: во-первых, несоответствие тяжести внешних проявлений и уровня патологических изменений в репродуктивной сфере; во-вторых, невысокая эффективность проводимого лечения, ведущая к хронизации процессов [1, 2].

Одной из распространенных причин инфекционно-воспалительных заболеваний влагалища, трудно поддающихся традиционно назначаемой терапии, является атипичный герпес, ассоциированный с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом. Такие формы герпеса и вульвовагинального кандидоза (РВВК) трудно поддаются терапии, характеризуются хроническим течением, нарушением половой и репродуктивной функций, нередко приводят к развитию неврастения. Учитывая особенности указанных ассоциантов (герпес и кандидоз), ведение и лечение таких пациентов представляет трудную задачу.

Цель исследования - повысить эффективность лечения женщин, страдающих рецидивирующим герпесом, ассоциированным с рецидивирующим вульвовагинальным кандидозом.

Материал и методы исследования. Для диагностики кандидоза использовали международные критерии диагностики РВВК при частоте эпизодов ≥ 4 в год. Диагноз герпетической инфекции ставился на основании комплексного клинико-лабораторного обследования, которое включало анамнез, жалобы больных, качественное обнаружение ДНК Herpes simplex virus I, II в биологических образцах методом ПЦР, обнаружение специфических иммуноглобулинов М и G в сыворотке крови, определение индекса авидности иммуноглобулинов G к вирусу простого герпеса I, II типов.

Первую группу составили 30 пациенток с атипичными (вульводинии, рецидивирующие воспалительные заболевания шейки матки и влагалища, микротрещины, жжение, зуд) клиническими проявлениями генитального герпеса, наличием или отсутствием в цервикальном канале ДНК вируса простого герпеса I, II типов; наличием или отсутствием в периферической крови специфических иммуноглобулинов класса М, при обязательном

присутствии иммуноглобулинов класса G, индекс авидности иммуноглобулинов всегда был <50% в ассоциации с РВВК (типичные клинические проявления и лабораторное подтверждение).

Во вторую группу респондентов вошли 30 женщин, у которых в анамнезе имело место наличие типичных клинических проявлений генитального герпеса, но на момент осмотра не были зарегистрированы типичные клинические проявления, в периферической крови отсутствовали специфические иммуноглобулины класса M, при этом обязательно определялись иммуноглобулины класса G, индекс авидности иммуноглобулинов всегда был более >70% в ассоциации с РВВК (типичные клинические проявления и лабораторное подтверждение).

Результаты исследования. Для лечения пациенток первой группы применяли комбинированную терапию герпеса и кандидоза, включающую ацикловир в супрессивном режиме (ацикловир - по 400 мг 3-4 раза в день в течение 10-14 дней; иммуноглобулин против ВПГ-2 по 1,5 мл внутримышечно через два дня на третий, курс 7 инъекций; системный противомикотический препарат флуконазол (микосист) – 150 мг трижды с интервалом 72 часа с последующим профилактическим приемом препарата по 150 мг еженедельно в течение 6 месяцев; всем пациенткам проводилось двухкратное введение Гинофорта в виде вагинального крема в дозе 5 г с интервалом в 5-7 дней).

Для лечения пациенток второй группы (учитывая высокий индекс авидности противогерпетических антител) применяли только терапию РВВК: системный противомикотический препарат флуконазол (микосист) – 150 мг трижды с интервалом 72 часа с последующим профилактическим приемом препарата по 150 мг еженедельно в течение 6 месяцев; проводилось двухкратное введение Гинофорта в виде вагинального крема в дозе 5 г с интервалом в 5-7 дней).

Контрольное обследование в обеих группах проводили через 7, 30 и 90 дней после лечения. Ни у одной из обследованных женщин первой группы не было клинико-лабораторных признаков вульвовагинального кандидоза во время всех трех визитов. Клинико-лабораторная эффективность лечения рецидивирующего вульвовагинального кандидоза составила 93%.

Подавляющее большинство пациенток второй группы - 27 (90%) отмечали исчезновение симптомов заболевания уже в первый день после приема препарата. Слабо выраженные клинические проявления кандидозного вагинита через 7 дней после лечения определялись лишь у 1 (3,3 %) больной, что потребовало повторного назначения Гинофорта. Показатели клинической эффективности во время второго визита у пациенток этой группы составили 88 %. Однако, у 11 (36,7%) пациенток – через 3 мес. возникли рецидивы ВВК, что потребовало назначения очередного курса лечения, включавшего комбинированную противовирусную и противомикотическую терапию. Клинико-лабораторная эффективность повторного курса комбинированного

лечения герпес-ассоциированного рецидивирующего вульвовагинального кандидоза составила 92%.

Выводы.

1. При рецидивирующем кандидозном кольпите/цервиците (рецидивы 4 и более раз, не поддающиеся адекватной противогрибковой терапии) необходимо обследование на герпес. При наличии лабораторно подтвержденной герпетической природы заболевания в случае рецидивирующего кандидозного кольпита/цервицита следует думать об атипичном течении герпеса и проводить соответствующий комплекс лечебных мероприятий (противовирусная и противомикотическая терапия)

2. Комплексная терапия герпес-ассоциированного РВБК с имеет следующие преимущества: удлинение межрецидивного периода и стойкой ремиссии; сокращение продолжительности рецидивов и сроков лечения.

Литература:

1. Анкирская, А. С. Аэробные вагиниты в структуре оппортунистических инфекций влагалища. Дискуссионный вопрос нозологической терминологии / А. С. Анкирская, В. В. Муравьева, Т. Э. Карапетян // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 1. – С. 107–110.

2. Кудин, А. П. Роль Herpes simplex в патологии человека / А. П. Кудин, И. Г. Германенко, А. А. Астапов // Мед. новости. – 2004. – № 5. – С. 11-14.

3. Прилепская, В. Н. Вульвовагинальный кандидоз: новые критерии и международные рекомендации для врача-клинициста, основанные на принципах доказательной медицины / В. Н. Прилепская // Доктор.РУ. – 2011. – № 9. – С. 12–17.

4. Тютюнник, В. Л. Современные принципы профилактики и лечения вульвовагинального кандидоза / В. Л. Тютюнник, Т. Э. Карапетян, А. А. Балущкина // ПМЖ. – 2010. – Т. 18, № 19. - С. 1186–1190.

СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Косенкова Е.Г.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди актуальных медицинских проблем особого внимания заслуживает проблема инвалидности с детства. Медико-социальная значимость проблемы врожденных пороков развития, как одной из причин детской инвалидности, очевидна. Это обусловлено тем, что ежегодно в мире рождается от 10 до 20 млн. детей с врожденными аномалиями. При этом, чем ниже смертность от асфиксии, родовой травмы и инфекций, тем выше удельный вес врожденных пороков развития [1]. По